

**RAPPORT de CONTROLE le 28/03/2025**

**EHPAD SAINTE-ANNE à LYON 9\_69**

Mise en œuvre du Plan EHPAD 2022-2024 : Contrôle sur pièces

Thématique: CSP 13/ Gouvernance et Organisation

Organisme gestionnaire : SA RESIDENCE SAINTE-ANNE

Nombre de places : 67 places dont 61 places HP et 6 places en HT

Questions	Fichiers déposés OUI / NON	Analyses	Ecarts / Remarques	Prescriptions/Recommandations envisagées	Num de fichier des éléments probants	Réponse de l'établissement	Conclusion et mesures correctives définitives
<b>1- Gouvernance et Organisation</b>							
1.1 Au préalable, veuillez transmettre l'organigramme pour une meilleure compréhension de l'organisation de l'EHPAD et si nécessaire, joindre tout autre document complémentaire.	OUI	Il est pris bonne note de l'organigramme de l'établissement.					
1.2 Quels sont les postes vacants, au 1er juillet 2024 : préciser la nature et la qualification du ou des poste(s) ? Préciser si ces postes sont remplacés et indiquer les modalités de remplacement (intérim, CDD, etc.).	OUI	L'établissement déclare les postes suivants vacants : - 1 poste IDE, à temps plein - 5 postes ASD.					
1.3 Le directeur dispose-t-il du niveau requis de qualification ? Joindre le justificatif : soit le diplôme, soit l'arrêté de nomination (CCAS et FPH).	OUI	Le directeur est titulaire d'un DESS et d'un master 2 "évaluation et transmission des entreprises", obtenu en 2002, ce qui atteste d'un niveau de qualification 7.					
1.4 Pour les établissements privés à but lucratif, ou associatifs, ou publics territoriaux : Le directeur dispose-t-il d'un document unique de délégation ? Joindre le document. Pour les établissements publics autonomes ou hospitaliers : le directeur dispose-t-il d'une délégation de signature ?	OUI	Il est remis le procès verbal du conseil d'administration de la SA résidence Sainte-Anne daté du 24/12/2012. La délégation de pouvoir du directeur général délégué à la directrice adjointe, datée du 02 janvier 2023, est également transmise. Cette délégation précise l'étendue des pouvoirs accordées à cette dernière. Toutefois, il est observé qu'il n'est pas précisé l'étendue des pouvoirs concernant la coordination avec les institutions et intervenants extérieurs.	<b>Ecart 1 :</b> En l'absence de précision concernant l'étendue des pouvoirs en matière de coordination avec les institutions et intervenants extérieurs dans la délégation de pouvoir du directeur adjointe, l'établissement contrevert à l'article D312-176-5.	<b>Prescription 1 :</b> Préciser et intégrer dans la délégation de pouvoir l'étendue des pouvoirs en matière de coordination avec les institutions et intervenants extérieurs de la directrice adjointe, conformément à l'article D312-176-5.		A ce jour, la Directrice Adjointe n'a pas le pouvoir de négocier avec les organes de tutelles. Seul le DGD est en charge de ces aspects. Afin de se mettre en conformité, sera ajouté un paragraphe lors de la rédaction de la délégation de pouvoir au futur directeur ou directrice adjointe, du type : La négociation de la convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens, ARS, Métropole de Lyon et la SA Résidence Sainte Anne sera menée par le Directeur Général Délégué de la société. Mme XXX apportera toute son aide ainsi que tous les éléments en sa possession permettant d'organiser cette négociation. Mme XXX apportera son aide à la rédaction du projet d'établissement et veillera au suivi des objectifs.	L'établissement déclare qu'un paragraphe concernant l'étendue des pouvoirs en matière de coordination avec les institutions et intervenants extérieurs sera intégré dans la délégation de pouvoir du futur directeur ou directeur adjoint. Pour autant, ces éléments doivent d'ores et déjà être inscrits dans le DUD actuel accordé à la directrice adjointe conformément à la réglementation.
1.5 Une astreinte administrative de direction est-elle organisée et formalisée ? Joindre la procédure et le planning d'astreinte réalisé le 1er semestre 2024 ainsi que le planning prévisionnel du 2ème semestre 2024.	OUI	L'établissement déclare que l'astreinte est répartie entre le directeur général délégué et la directrice adjointe. L'astreinte est assurée sur une semaine complète du lundi au lundi suivant 8 heures. Le planning d'astreinte de l'année 2024 est transmis et confirme cette organisation. De plus, le document intitulé "protocole relatif au régime des astreintes et des urgences" daté du 10/12/2024 est remis. Ce document est précis et complet.					
1.6 Un CODIR régulier est-il mis en place au sein de l'EHPAD ? Joindre les 3 derniers comptes rendus.	OUI	L'établissement déclare réalise chaque jeudi des "briefings informels", en présence du directeur, de la directrice adjointe, de la gouvernante, de l'IDEC et du MEDEC. Il est indiqué que de nombreux points en lien avec la gestion courante de l'établissement sont évoqués notamment "absences de personnel, actions de formations, événements indésirables, maintenance du bâtiment". Toutefois, ces échanges ne donnent lieu à aucun compte rendu écrit.  Par ailleurs, d'autres temps d'échanges informels sont également mentionnés entre l'IDEC, la directrice adjointe et le directeur, portant cette fois sur des sujets de pilotage stratégique (CPOM, projet d'établissement, etc.). Là encore, aucun document écrit ne vient formaliser ces échanges. Ces temps d'échanges mériteraient d'être institutionnalisés et mis en place de manière régulière en les positionnant comme un véritable CODIR.  Ces échanges contribuent effectivement au partage d'informations au sein de l'équipe de direction. Pour autant, l'établissement aurait tout intérêt à formaliser comptes rendus afin de conserver une trace écrite des échanges et des décisions prise pour assurer la traçabilité et faciliter la diffusion des informations auprès des parties prenantes concernées. Elle représente également un élément de preuve utile dans le cadre de la gestion de l'établissement.	<b>Remarque 1 :</b> L'absence d'instauration d'un CODIR institutionnalisé, régulier et regroupant la direction et les cadres de l'EHPAD, accompagné de compte rendu systématique, ne permet pas d'assurer la circulation de l'information entre ces professionnels en transversalité et la traçabilité des prises de décisions.	<b>Recommendation 1 :</b> Instaurer un CODIR et produire à la suite de chaque CODIR un compte rendu avec les décisions qui ont été actées.		Nous prenons en compte votre remarque et formaliserons par des compte rendu les éléments abordés lors des réunions de direction.	Il est pris bonne note de l'engagement de l'établissement à formaliser les éléments abordés lors des réunions de direction par la production de comptes rendus. Toutefois, il est rappelé que la remarque portait également sur l'absence d'un CODIR, institutionnalisé, régulier, et rassemblant l'ensemble des cadres de l'EHPAD.  La <b>remarque 1</b> est donc maintenue. Dans l'attente de la mise en place effective d'un CODIR, structuré et régulier, garantissant à la fois la transversalité des échanges et la traçabilité des décisions.
1.7 Un Projet d'établissement en cours existe-t-il ? joindre le document.	OUI	Le projet d'établissement couvre la période 2020-2025. Le document comprend un projet de soin et des objectifs déclinés en action de mise en œuvre. Le document n'appelle pas de remarque.					
1.8 Est-ce qu'au sein du projet d'établissement, vous avez identifié une politique de prévention et de lutte contre la maltraitance comme le prévoit le décret n° 2024-166 du 29 février 2024 relatif au projet d'établissement ou de service des ESMS ? Transmettre le projet d'établissement intégrant cette partie et les documents annexes de l'établissement s'y rapportant.	OUI	L'établissement déclare mettre en œuvre plusieurs actions visant à "[promouvoir] la culture de la bienveillance". Il fait également état de sa connaissance du cadre réglementaire. Pour autant, il est noté que les références citées sont anciennes, antérieures à 2014. Par ailleurs, il apparaît que l'établissement ne mentionne ni l'article L.311-8 du CASF, ni le décret n° 2024-166 du 29 février 2024 relatif au projet d'établissement ou de service des ESMS. Or, depuis 2022, le projet d'établissement doit intégrer la politique de lutte contre la maltraitance mise en œuvre par la structure. L'établissement veillera à la rédiger et à l'intégrer dans son prochain projet d'établissement.	<b>Ecart 2 :</b> Le projet d'établissement ne traite pas de sa politique de lutte contre la maltraitance contrairement à ce qui est prévu à l'article L.311-8 du CASF.	<b>Prescription 2 :</b> Développer et insérer la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance dans le prochain projet d'établissement, conformément à l'article L.311-8 du CASF.		Nous avons pris en compte votre remarque sur la politique de prévention de la maltraitance et intégrerons un point spécifique dans le prochain projet d'établissement.	Il est pris bonne note de l'engagement de l'établissement à intégrer sa politique de lutte contre la maltraitance dans le prochain PE.  La <b>prescription 2</b> est levée.
1.9 Un règlement de fonctionnement en cours existe-t-il ? joindre le document.	OUI	Le règlement de fonctionnement est daté du 1er janvier 2023 après consultation et validation par les instances. Le document est complet.					
1.10 L'établissement dispose-t-il d'un IDEC et/ou d'un cadre de santé ? joindre son contrat de travail pour le privé ou son arrêté de nomination pour le public.	OUI	L'avantag n°1 au contrat de travail à durée indéterminée de l'IDEC, datant du 04/07/2012, est transmis. Celle-ci est recrutée en qualité d'infirmière coordinatrice à temps plein.					
1.11 L'IDEC ou le cadre de santé dispose-t-il d'une formation spécifique à l'encadrement : relative au parcours de formation d'IDEC en EHPAD ou le diplôme de cadre de santé ? Joindre le justificatif.	OUI	L'IDEC a suivi plusieurs formations entre 2022 et 2024, en lien avec l'encadrement des équipes notamment la formation "IDEC / référent en EHPAD" suivie en 2023 sur 63 heures, en atteste les attestations de formations transmises.					
1.12 L'établissement dispose-t-il d'un MEDEC ? Son temps de travail est-il conforme à la réglementation ? joindre son contrat de travail et son planning mensuel réalisé (le mois précédent le contrôle sur pièces).	OUI	Le contrat à durée indéterminée du MEDEC datant de 2005 est transmis. L'avantag à son contrat de travail du 31/10/2013 transmis modifie le temps de travail du MEDEC pour l'augmenter à hauteur de 0,5 ETP. L'établissement déclare que le MEDEC ne souhaite pas augmenter son temps de travail à hauteur de 0,6 ETP, temps de travail réglementaire au regard de la capacité de l'établissement. Par ailleurs, l'établissement précise que la répartition du temps de travail du MEDEC est comme suit : 5h30 de présence le lundi et 12h le jeudi.	<b>Ecart 3 :</b> Le temps de travail du MEDEC de l'EHPAD est insuffisant au regard de sa capacité, par conséquent, l'EHPAD contrevert à l'article D312-156 du CASF.	<b>Prescription 3 :</b> Augmenter le temps de médecins coordonnateur à hauteur de 0,6 ETP, au regard de la capacité autorisée et conformément à l'article D312-156 du CASF.		Nous avons conscience que nous ne respectons pas l'article D312-156 du CASF. Comme indiqué notre MEDCO ne souhaite pas augmenter son temps de présence sur l'établissement pour maintenir son activité à domicile et préserver une rémunération conforme à ses attentes. Notre MEDCO est présent depuis 2005 dans l'établissement et assure parfaitement ses missions. Le recrutement de MEDCO est aujourd'hui extrêmement difficile et très coûteux. Aujourd'hui les salaires demandés par les médecins ne sont pas en adéquation avec la dotation reçue à cet effet. Lorsque notre MEDCO partira en retraite nous essayerons de trouver un nouveau médecin qui satisfasse aux exigences de l'article D312-156 du CASF.	Il est bien compris que le médecin intervenant dans l'EHPAD ne souhaite pas augmenter son temps de travail et qu'il lui est actuellement difficile d'augmenter son temps de travail dans l'établissement.  La <b>prescription 3</b> est maintenue. Il n'est pas attendu d'élément probant en retour.
1.13 Dispose-t-il d'une qualification pour assurer les fonctions de coordination gérontique ? joindre le ou les justificatifs.	OUI	Le MEDEC est titulaire d'une capacité de gérontologie, obtenue en 1994. Le MEDEC dispose donc des qualifications nécessaires pour assurer les fonctions de coordination gérontique.					
1.14 La commission de coordination gérontique est-elle en place et fonctionne-t-elle annuellement ? Joindre les 3 derniers procès-verbaux.	OUI	L'établissement a remis les comptes rendus des commissions de coordination gérontique de 2022, 2023 et 2024. A la lecture des comptes rendus, il est constaté que de nombreux professionnels assistent à ces commissions. Les sujets abordés sont en lien avec les missions de la commission.					

1.15 Le rapport d'activités médicales annuel (RAMA) est-il élaboré ? Joindre le dernier (RAMA 2023).	OUI	Le RAMA 2024 est remis. Le document est complet et n'appelle pas de remarque.						
1.16 L'établissement a-t-il une pratique régulière de signalement aux autorités de contrôle des événements indésirables graves (EIG) ? Joindre les signalements des EIG transmis aux autorités de contrôle réalisés en 2023 et 2024.	OUI	L'établissement a remis un signalement d'EIG survenu en 2024, transmis aux autorités de contrôle et plusieurs fiches d'IRA signalés sur la période 2023 et 2024. Ces éléments attestent de la pratique de signalement aux autorités de contrôle.						
1.17 L'établissement s'est-il doté d'un dispositif de gestion globale des EI/EIG comportant : la déclaration en interne, le traitement de l'événement, l'analyse des causes et le plan d'action pour y remédier ? Joindre tout document le prouvant, dont le tableau de bord des EI/EIG de 2023 et 2024.	OUI	L'établissement a transmis un tableau intitulé "suivi actions EI/EIG". À la consultation de ce tableau, il est relevé que les EI signalés depuis 2023 sont inscrits et qu'un seul EI, datant de décembre 2024, est noté. Ce tableau permet d'avoir une visibilité sur l'ensemble des EI déclarés et sur les actions mises en place pour chacun. L'établissement précise "envisager" de mettre en place en 2025 un outil de traçabilité de gestion des EI/EIG informatique avec le logiciel Ageval. Cependant, le faible nombre d'EI déclarés sur une période de deux ans démontre une acculturation des équipes à la déclaration d'EI et une possible sous-déclaration.	<b>Ecart 4 :</b> Les agents n'ont pas la culture du signalement des EI, ce qui ne garantit pas le respect des obligations prévues à l'article L331-8-1 du CASF.	<b>Prescription 4 :</b> Acculter les professionnels au signalement des EI, afin de répondre aux exigences de signalement prévues à l'article L331-8-1 du CASF		Nous formerons les équipes aux événements indésirables et aux signalements qui y sont liés. Ce travail se fera sur le 2d semestre 2025. Le support de formation est en phase finale de préparation par notre IDEC et notre psychologue. Notre IDEC y a été fortement sensibilisé lors de la formation d'IDEC qu'elle a suivie en 2024 à l'école	L'établissement déclare qu'une formation concernant les événements indésirables sera dispensée aux professionnels par l'IDEC et la psychologue au second semestre 2025. L'IDEC a d'ailleurs reçu une formation en lien avec la déclaration d'EI l'année dernière. Cette action de formation en interne permettra une large diffusion des bonnes pratiques professionnelles auprès des équipes.	<b>La prescription 1 est levée.</b>
1.18 Transmettre la dernière décision instituant le CVS. Joindre le document.	OUI	Les élections des représentants des familles ont eu lieu le 24 mai 2022, en attesté la lettre de convocation aux élections et le compte rendu de séance du CVS du 26 mai 2022. Aucun élément concernant les élections des représentants des résidents et des professionnels et de la désignation du représentant de l'organisme gestionnaire n'a été transmis.	<b>Ecart 5 :</b> En l'absence de transmission d'éléments concernant les élections des représentants des résidents et des professionnels ainsi que de la désignation d'un représentant de l'organisme gestionnaire, l'établissement n'atteste pas répondre aux articles D311-10 et D311-13 CASF.	<b>Prescription 5 :</b> Transmettre tout élément attestant des élections des représentants des résidents et des professionnels ainsi que de la désignation d'un représentant de l'organisme gestionnaire conformément aux articles D311-10 et D311-13 CASF.		Nous n'avons pas organisé d'élections pour élire les représentants des résidents et du personnel. Nous privilégiions la venue de tous les résidents ou membre du personnel intéressé. Nous accueillons régulièrement au CVS entre 5 et 10 résidents. De la même manière bien qu'un président représentant les familles soit élu, nous informons les familles des dates de CVS afin qu'elles puissent y participer si elles en ont l'envie. Nous organiserons des élections, en juillet 2025, pour élire un représentant des résidents et du personnel pour nous mettre en conformité avec le CASF mais continuons d'inviter le maximum de personnes pour un échange le plus large possible. Cela nous semble important de ne pas restreindre les échanges avec quelques élus, d'autant que la taille de la résidence le permet largement. La Résidence Sainte Anne est son propre gestionnaire. Il n'y a pas de gestionnaire tiers. Ainsi, le directeur de l'établissement siège au CVS avec la casquette de directeur et de représentant de l'organisme gestionnaire.	L'établissement déclare que les élections des représentants des résidents et des professionnels auront lieu en juillet 2025, sans apporter d'élément probant (note d'information, invitation, ...). Il est bien entendu que l'établissement veut favoriser la participation de l'ensemble des résidents et des familles. Pour autant, il est rappelé que le CVS est l'instance représentative des résidents et des familles qui compte des membres élus et désignés. Seuls ces membres sont habilités à participer aux réunions et à voter les avis et propositions de l'instance. Inviter tous les résidents et familles transforme la réunion du CVS en assemblée générale, ce qui sort du cadre légal et dénature le rôle de l'instance. L'établissement peut par ailleurs valablement organiser s'il le souhaite des réunions d'information avec l'ensemble des famille/résident/professionnels.	<b>La prescription 5 est maintenue.</b>
1.19 Transmettre la dernière mise à jour du règlement intérieur du CVS ainsi que le procès-verbal du CVS s'y rapportant.	OUI	Le règlement intérieur du CVS est daté du 04/12/2023. À sa lecture, il est repéré au point 3 "Composition du CVS" la mention de 3 collèges de représentants : des résidents, des familles et des professionnels. Il est également indiqué "la présence du directeur". Toutefois, cette composition est incomplète puisqu'il manque le représentant de l'organisme gestionnaire. Il est rappelé que ce dernier siège avec voix délibérative, tandis que le directeur participe aux réunions à titre consultatif.	<b>Ecart 6 :</b> L'absence de mention, dans le règlement intérieur du CVS, d'un représentant de l'organisme gestionnaire dans sa composition, contrevient à l'article D311-5 du CASF.	<b>Prescription 6 :</b> Modifier le règlement intérieur du CVS, en intégrant le collège du représentant de l'organisme gestionnaire dans la composition du CVS, conformément à l'article D311-5 du CASF.		La Résidence Sainte Anne est son propre gestionnaire. Il n'y a pas de gestionnaire tiers. Ainsi, le directeur de l'établissement siège au CVS avec la casquette de directeur et de représentant de l'organisme gestionnaire.	Le règlement intérieur du CVS doit présenter la composition du CVS complète intégrant le représentant de l'organisme gestionnaire (le directeur général) et le directeur (représenté par la directrice adjointe).	<b>La prescription 6 est maintenue.</b>
1.20 Joindre pour 2023 et 2024, l'ensemble des procès-verbaux des réunions du CVS.	OUI	Les comptes rendus de CVS des 21/06/2023, 04/12/2023, 14/03/2024, 01/07/2024 et du 17/12/2024 ont été remis. Le CVS s'est donc tenu trois fois en 2024. À la consultation des comptes rendus, il est observé que les échanges sont riches et que les thèmes abordés sont nombreux. Il est à noter que les comptes rendus ne sont pas signés par la Présidente du CVS.	<b>Ecart 7 :</b> En l'absence de la signature de la présidente du CVS sur les comptes rendus de CVS, l'établissement contrevient à l'article D311-20 du CASF.	<b>Prescription 7 :</b> Faire signer les comptes rendus par la présidente du CVS, conformément à l'article D311-20 du CASF.		Nous vous vous adresserons les comptes rendus de CVS signés par la présidente Mme D., dès que Mme R. les aura signée. Mme R. n'est pas disponible ces jours ci.	Dont acte.	<b>La prescription 7 est maintenue. Il n'est pas attendu d'éléments probants en retour.</b>
<b>2- Accueil Temporaire (Accueil de Jour et/ou Hébergement Temporaire)</b>								
2.1 Si hébergement temporaire : préciser le taux d'occupation de l'hébergement temporaire pour l'année 2023 et le 1er semestre 2024. Si accueil de jour : transmettre la file active pour l'année 2023 et le 1er semestre 2024. Joindre les justificatifs.	OUI	L'établissement déclare des taux d'occupation de 69,09% en 2023 et de 72,6% en 2024. Toutefois, aucun élément probant n'a été apporté.	<b>Remarque 2 :</b> En l'absence de justificatif du taux d'occupation des places d'hébergement temporaire, l'établissement ne justifie pas de son taux d'occupation pour cette modalité d'accueil.	<b>Recommendation 2 :</b> Transmettre tout justificatif du taux d'occupation des places d'hébergement temporaire pour les années 2023 et 2024.	Annexe9a-9d_r.314-232casf_activite_realisee_2023 RSA Annexe9a-9d_r.314-232casf_activite_realisee RSA_2024	Nous vous prions de bien vouloir trouver en pièce jointe les rapports d'activités qui vous ont été adressés avec les ERRD 2023 et 2024.	Les ERRD 2023 et 2024 permettent de confirmer les données du taux d'occupation satisfaisants de l'hébergement temporaire de l'EHPAD.	<b>La recommandation 2 est levée.</b>
2.2 L'accueil de jour et/ou l'hébergement temporaire dispose(nt)-il(s) d'un projet de service spécifique actualisé ? Joindre le document.	OUI	L'établissement déclare que le projet d'établissement transmis à la question 1.7 "intègre l'hébergement temporaire dans son développement". Il est bien compris que des éléments d'organisation se recoupent entre l'hébergement permanent et temporaire, néanmoins cette dernière modalité d'accueil comprend des spécificités dans ses objectifs et dans son fonctionnement qui ne sont pas indiquées dans le projet d'établissement. Par ailleurs, aucun projet spécifique pour l'HT n'a été transmis.	<b>Ecart 8 :</b> Il existe pas de projet spécifique de service pour l'hébergement temporaire ce qui contrevient à l'article D312-9 du CASF.	<b>Prescription 8 :</b> Rédiger un projet de service spécifique pour l'hébergement temporaire, qui s'intégrera dans le prochain projet d'établissement en vertu de l'article D312-9 du CASF.		Nous intégrerons un projet de service spécifique pour l'hébergement temporaire que nous intégrerons dans le prochain projet d'établissement.	Le projet de service spécifique de l'hébergement temporaire sera intégré dans le prochain projet d'établissement.	<b>La prescription 8 est maintenue. Dans l'attente de la rédaction du projet de service spécifique de l'hébergement temporaire.</b>
2.3 L'accueil de jour dispose-t-il d'une équipe dédiée ? L'hébergement temporaire dispose-t-il d'une équipe dédiée, ou à défaut, un référent identifié ? Joindre la composition des équipes (qualifications et quotités de travail) et la fiche de poste du référent hébergement temporaire.	OUI	L'établissement déclare ne pas disposer d'une équipe spécifique à l'hébergement temporaire.						